

Uriinipidamatus täiskasvanutel

Uriinipidamatus (inkontinents) ehk tahtmatu uriinileke on sageli esinev krooniline seisund, mis mõjutab inimese elukvaliteeti olulisel määral. Uriinipidamatus on korraga sotsiaalne ja hügieeniline probleem.

ALEKSANDRA RAUTIO

uroloogia eriala
arst-resident
Põhja-Eesti
Regionaalhaigla



Maailma Terviseorganisatsiooni andmetel kannatab uriinipidamatuse all umbes 8–10% elanikkonnast (ehk Eesti mastaabis 100 000–130 000 inimest). Naistel esineb uriinipidamatust kaks korda sagedamini kui meestel. Kerget uriinipidamatust saab diagnoosida peaaegu 25–45%-l täiskasvanud naistest. Mõõduka kuni raske häire all kannatab umbes 3–17% naistest. Noortel naistel esineb rasket pidamatust vähem, kuid selle sagedus suureneb märkimisväärselt 70–80-aastaste vanuserühmas. (1)

Uriinipidamatuse esinemissagedus vanemate meeste seas on 11–34%, noorematel ja keskeas meestel aga 3–5%. Rasket pidamatust esineb 2–11%-l meestest. Vaatamata haiguse suurele levimusele ei julge paljud patsiendid siiski oma murega abi otsida. (2)

Eakad inimesed on sageli veendunud, et pidamatus on vananemise loomulik osa ja ei ole midagi parata. Õnneks see pole nii.

Uriinipidamatuse tüübid

Uriinipidamatuse muster ja tekkepõhjustused võivad olla erinevad. Eristatakse kolme uriinipidamatuse põhitüüpi.

- **Stresspidamatus** – tahtmatu uriinileke pingutuse, füüsilise aktiivsuse või naermise/kõhimise korral (põhjus on vaagnapõhjalihaste nõrkus; see on levinuim pidamatuse tüüp naistel, aga võib esineda ka meestel, näiteks pärast eesnäärme eemaldamise operatsiooni).
- **Tungpidamatus** – kontrollimatu uriineerimine, mis tekib koos tugeva uriineerimistungiga (esineb üliaktiivse kusepõie ehk OAB korral).

- **Ülevoolupidamatus** on seotud uriini äravoolu takistusega – kusepõis on ületäitunud ja välja veninud ega saa korralikult tühjeneda, tekib “vool üle ääre”, iseloomulik on sage uriineerimine väikeste portsudega või lausa tilkade kaupa (tüüpiline patsient on > 50-aastane eesnäärme healoomulise suurenemise diagnoosiga mees, aga ülevoolupidamatust võib esineda ka naistel, nt pärast sünnitust).

Nende juurde võib lisada veel **kombineeritud ehk segapidamatuse** (stress- ja tunginkontinentsi sümptomid esinevad koos), **funktsionaalse pidamatuse** (inimene ei jõua tualetti mingil muul, urotraktiga mitteseotud põhjusel, nt on halvatud või dementne) ja **absoluutse pidamatuse**, kui kusepõis ei kogu uriini üldse (põhjus võib olla kaasasündinud defekt, seljaaju vigastus, kusepõie sfinktri vigastus, fistul ehk uuris kusepõie ja nt tupe vahel).

Sekundaarset uriinipidamatust võivad põhjustada ka mõned ajutised faktoriid, nagu infektsioon, atroofiline vaginiit naistel, deliirium, ravimite kõrvaltoime (diureetikumid, alfa-blokaatorid, sedatiivsed preparaadid), psühhosotsiaalne häire, vähenenud liikuvus, kõhukinnisus. Sel juhul tasub kõigepealt tegeleda põhjuse raviga, mitte ühe sümptomi maskeerimisega.

Uriinipidamatuse **riskifaktoriteks** peetakse vanust, naissugu, ülekaalu, suitsetamist, perekonna anamneesi, kofeiini ja alkoholi ületarbimist, vähest või ülemäära füüsilist koormust, rasedust, sünnitust, vaagnaorganite allavajet, östrogeenpuudulikkust.

Uriinipidamatuse esinemissagedus vanemate meeste seas on 11–34%, noorematel ja keskeas meestel aga 3–5%. Rasket pidamatust esineb 2–11%-l meestest. Vaatamata haiguse suurele levimusele ei julge paljud patsiendid siiski oma murega abi otsida.

Uriinipidamatuse ravi sõltub diagnoosist ja inkontinentsi tüübist

Mittemedikamentoosne ravi ehk käitumuslik teraapia võiks olla alati esimene samm, mida proovida. Üldised soovitusel uriinipidamatuse vähendamiseks on langetada kaalu, rohkem liikuda, loobuda suitsetamisest, kofeiinist ja alkoholist.

Stresspidamatuse korral on abi vaagnapõhjelihaste harjutustest (*pelvic floor muscle training* ehk Kegeli harjutused), mida soovitatakse teha 2–3 korda päevas vähemalt kolme kuu jooksul (õige tehnika selgeks saamine ei pruugi olla lihtne, vajadusel saab pöörduda vaagnapõhjelihaste probleemidega tegeleva füsioterapeudi vastuvõtule).

Tungpidamatuse korral soovitatakse põietreeningut – teadlikult järkjärgult pikendada pausi urineerimiste vahel, alustada kas või paarist minutist ja üritada hoida tungi ära vaagnapõhjalihasid aktiveerides.

Kui elustiilimuudatustele ja vaagnapõhjelihaste harjutustele vaatamata pidamatus püsib, siis tungpidamatuse korral alustatakse medikamentooset ravi. Kasutatakse kahte peamist ravimirühma: antimuskariinikumid ja beeta-3 adrenoretseptori agonistid.

Antimuskariinikumide hulka kuuluvad oksübutüün, tolterodiin, fesoterodiin, trospium, darifenatsiin ja solifenatsiin – nende efektiivsus on pea-

“Proviisor võib patsiendiga arutada kusepidamatuse mittefarmakoloogilist ravi; märgata ravimeid, mis võivad pidamatust süvendada; nõustada ravimite kõrvaltoimete ja koosmõjude osas.

aegu võrdne, nii et ei saa soovitada üht preparaati rohkem kui teist. Ravimit prolongeeritult vabastavatel preparaatidel on leebem kõrvaltoimete profiil võrreldes lühitoimelistega.

Selle ravimirühma levinud kõrvaltoimed on suukuivus, hägune nägemine, tahhükardia, kõhukinnisus, tunnetusvõime vähenemine, kusepeetus – nende ilmumine on sagedane põhjus, miks patsiendid ravi katkestavad.

Darifenatsiini ja solifenatsiini kasutamine aitab paremini kontrollida toimet kognitsioonile/mälule.

Antimuskariinikumide kõrvaltoimede suurendab samaaegne antihistamiinikumide, parkinsonismiravimite, monoaminooksüdaasi inhibiitorite ja tritsükiliste antidepressantide kasutamine. (3)

Beeta-3 adrenoretseptorite agonistid mõjuvad otse detrusorlihase lõõgastu-

misele, takistades kusepõie spontaanset kontraktsiooni. Beeta-3 agonisti mirabegrooni kasutatakse nendel patsientidel, kes taluvad antimuskariinikume kehvasti või ei saa neid üldse võtta. Antimuskariinikumi võib mirabegrooniga kombineerida – efektiivsus paraneb, aga kõrvaltoimete profiil jääb samaks. Antud ravimi sagedasemad kõrvaltoimed on tahhükardia, kuseteede infektsioonid, hüpertensioon, iiveldus ja peavalu.

Stresspidamatuse korral on kirurgiline ravi efektiivsem ja seega ka eelistatavam kui medikamentoosne. Antidepressanti duloksetiini (kuulub SSNRI rühma) kasutatakse kaebuste leevendamiseks ainult nendel patsientidel, kellele ei saa pakkuda kirurgilist ravi. (4)

Ülevooluinkontinentsi korral on kõige tähtsam lahendada obstruktsiooni. Kõige levinum obstruktsiooni põhjus on suurenenud eesnäärme. Sel juhul hõlmab käsitus farmakoloogilist ravi (meestel alfa-blokaatori ja/või 5-alfa-reduktaasi inhibiitoriga), vajadusel epitsüstostoomi rajamist ja reeglina ka kirurgilist ravi (eesnäärme resektsiooni või adenomektoomiat). Alfa-blokaatorite peamised kõrvaltoimed on ejakulatsioonihäired, peeringlus, ortostaatiline hüpotensioon, peavalu ja astenia. 5-alfa-reduktaasi inhibiitorite enamik kõrvaltoimetest on seotud reproduktiivsüsteemiga – impotentsus, libiido muutus, ejakulatsioonihäired, rindade hellus ja suurenemine.

Kolmanda liini ravi on invasiivne. Näiteks pingutatakse stresspidamatuse korral kusiti spetsiaalse lingu abil. Raske stresspidamatuse ja totaalse pidamatuse korral pannakse kusepõie sfinkteri protees. Üliaktiivse kusepõie korral võib proovida neuromodulatsiooni.

Kusepidamatusega patsiendi raviplaan on alati individuaalne, seega on üldist prognoosi nendele haigetele raske

Tabel 1. Stress- ja tunginkontinentsi ravi variandid

	Stressinkontinents	Tunginkontinents (OAB)
Käitumuslik teraapia	Vaagnapõhjelihaste harjutused	Põietreening
Esimene ravivariant	Linguoperatsioon	Antimuskariinikumid ja beeta-3 agonistid
Viimane ravivariant	Duloksetiin	Neuromodulatsioon

Tabel 2. Pidamatuse korral kasutatavate ravimite sagedasemad kõrvaltoimed

Ravimirühm	Kõrvaltoimed
Antimuskariinikumid	Suukuivus, hägune nägemine, tahhükardia, kõhukinnisus, tunnetusvõime vähenemine, kusepeetus
Beeta-3 adrenoretseptorite agonistid	Tahhükardia, kuseteede infektsioonid, hüpertensioon, iiveldus, peavalu
Alfa-blokaatorid	Ejakulatsioonihäired, peeringlus, ortostaatiline hüpotensioon, peavalu, astenia
5-alfa-reduktaasi inhibiitorid	Impotentsus, libiido muutus, ejakulatsioonihäired, rindade hellus ja suurenemine, juuste kaotus
SSNRI	Söögiisu vähenemine, unetus, ärevus, libiido langus, unisus, treemor, hägunenud nägemine, hüpertensioon, südamepekslemine, kõhukinnisus, diarröa, kõhuvalu, seedimishäire



iStock

Meelespea – kuidas saab apteeker aidata kusepidamatusega inimest?

- Küsi, kas patsient on arutanud oma probleemi arstiga. Kui mitte, siis julgusta arsti poole pöörduma.
- Uuri, kas patsient teab mittemedikamentoosse ravi soovitusi.
- Veendu, et patsiendil ei esine sekundaarset pidamatust infektsiooni, vaginiidi või kõhukinnisuse tõttu (uuri, kas arst on need välistanud).
- Vaata üle raviskeem – kas raviskeemis on ravimeid, mis võivad põhjustada uriinipidamatust.
- Aita valida konkreetsele inimesele sobivaid abivahendeid/pesukaitsmeid.
- Retsepti väljastades pööra tähelepanu patsiendi ravimite võimalikule koostoimele, vajadusel võta ühendust raviarstiga.

“Üldised soovitused uriinipidamatuse vähendamiseks on langetada kaalu, rohkem liikuda, loobuda suitsetamisest, kofeiinist ja alkoholist.

anda. Prognoos sõltub patsiendi vanusest, aktiivsusest, kaasuvatest haigustest ja pidamatuse tugevusest. Käitumuslik teraapia ja medikamentöösne ravi annavad häid tulemusi eelkõige noorematel patsientidel. Regulaarse vaagnapõhjalihaste treeningu korral võiksid stresskusepidamatuse sümptomid leeveneda juba paari nädala pärast.

Aptekri roll

Kusepidamatuse ennetamise üldised soovitusel on püsida normaalses kaalus, olla füüsiliselt aktiivne, mitte suitsetada, mitte tarbida kofeiini ja alkoholi. Stresspidamatuse vältimiseks tuleb teha vaagnapõhjalihaste harjutusi, eriti sünnitanud naistel (iga rasedus ja sünnitus suurendab pidamatuse riski).

Proviisor või apteeker võib osutada esimeseks inimeseks, kellele patsient oma mure usaldab – seega on tähtis, et apteegitöötaja oleks multidistsiplinaarse meeskonna liige. Proviisor võib patsiendiga arutada kusepidamatuse mittefarmakoloogilist ravi; märgata ravimeid, mis võivad pidamatust süvendada; nõustada ravimite kõrvaltoimete ja koosmõjude osas.

Samuti saab proviisor/apteeker aidata patsienti sobiva abivahendi valikul (kas osta pesukaitsmed või mähkmed ja mis suuruses), arvestades patsiendi igapäevast aktiivsust, lekke intensiivsust ja olukorda öösel.

Kusepidamatuse abivahendid võiksid olla apteekides kergelt kättesaadavas kohas, et patsiendil oleks lihtsam nendeni jõuda. Samal ajal võiks see osa olla apteegitöötaja vaateväljas, et abivajajat õigeaegselt märgata. Sidemetega riiulite vahel eksleva inimese nõustamisel peab olla delikaatne ja toetav, sest teema võib olla inimese jaoks väga isiklik.

Vestluses tasub uurida, kas patsient on perearstiga oma probleemi arutanud ja juhul kui mitte, siis julgustada inimest arsti poole pöörduma.

Kasutatud kirjandus

1. Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A. (Eds). Incontinence 6th Edition. Bristol: ICI-ICS, International Continence Society; 2017.
2. Nitti VW. The Prevalence of Urinary Incontinence. Reviews in Urology 2001; 3 (Suppl 1): S2–S6.
3. Nandy S, Ranganathan S. Urge incontinence. StatPearls Publishing; 2021.
4. EAU Guidelines on Urinary Incontinence 2020. <https://uroweb.org/eau-guidelines/discontinued-topics/urinary-incontinence>.